

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le

1892, à 1 heure

PAR

Charles ROLLIN

Né à Paris, le 27 Avril 1866.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TÉTANOS PUERPÉRAL

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
POLAILLON, professeur.
RICHELOT, GLEY, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552014_0049

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

276

Année 1892

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le

1892, à 1 heure

PAR

Charles ROLLIN

Né à Paris, le 27 Avril 1866.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TÉTANOS PUERPÉRAL

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
POLAILLON, professeur.
RICHELOT, GLEY, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	ROBIN Albert.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REITTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT - DES-	
FAUCONNIER.	NELATON.	SAIGNES.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TÉTANOS PUERPÉRAL

INTRODUCTION

Nous avons eu, au mois de septembre 1891, l'occasion de voir à l'hôpital Bichat, dans le service du docteur Lacombe, suppléé alors par M. le docteur Gaucher, un cas de tétanos puerpéral. M. le docteur Gaucher nous engagea à prendre l'observation de cette malade avec le plus grand soin, à cause de la rareté de cette affection. Dans sa clientèle privée, nous disait-il, il en avait observé un autre cas. Nous fîmes quelques recherches qui nous amenèrent à choisir ce sujet pour notre thèse inaugurale.

Avant d'entrer en matière, nous profitons de l'occasion qui nous est offerte de rendre un témoignage public de gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous prions d'abord M. le professeur Tarnier de vouloir bien nous permettre de le remercier, ici, de ses leçons si instructives et si intéressantes, ainsi que de l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions ensuite notre maître, M. le docteur Bar, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, dont nous n'oublierons jamais les excellentes leçons, et dont la grande bienveillance pour nous ne s'est jamais démentie.

Nous exprimons également notre plus sincère reconnaissance à M. le docteur Lacombe, médecin de l'hôpital Bichat,

dont nous avons eu, pendant deux ans, l'honneur d'être l'externe.

A M. le docteur Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, nous témoignons notre plus vive gratitude pour les conseils qu'il nous a si libéralement donnés, et l'affabilité et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, en nous guidant dans notre travail.

Enfin, qu'il nous soit permis d'adresser nos plus sincères remerciements à M. le docteur Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis ;

A M. le docteur Descroizilles, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades ;

A M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ;

A M. le docteur Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous prions M. le docteur Burlureaux, médecin-major de 1^{re} classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, d'agréer l'assurance de notre respectueuse reconnaissance pour l'excellent accueil qu'il nous a fait, dans son service, pendant notre volontariat.

DÉFINITION

Le tétanos puerpéral est le tétanos qu'on observe après l'expulsion du produit de la conception, à terme ou avant terme, spontanée ou artificielle. Il procède des plaies utérines et vulvo-vaginales ; ce n'est donc qu'une *variété* du tétanos traumatique.

La définition du tétanos puerpéral doit donc être, à part son origine particulière, la même que celle du tétanos traumatique. C'est une maladie *microbienne, infectieuse, contagieuse*, caractérisée par la contraction permanente et douloureuse des muscles de la mâchoire et du cou, avec des redoublements convulsifs, et l'extension des contractions à certains groupes musculaires, et quelquefois à la totalité des muscles volontaires.

HISTORIQUE

Hippocrate et les médecins de son époque connurent bien le tétanos survenant après un traumatisme, mais ne paraissent pas en avoir observé après l'accouchement ou après l'avortement.

Archigènes, le premier signale dans son « *de morbis muliebribus* » le tétanos puerpéral.

Après lui, Arétée (90 après J.-C.), qui nous a laissé une bonne étude sur le tétanos, mentionne sa présence à la suite de l'avortement, et rarement, ajoute-t-il, la femme se rétablit.

Puis, pendant des siècles, le tétanos traumatique absorbe l'attention des observateurs, et le tétanos puerpéral reste dans l'oubli, confondu qu'il est probablement par eux, avec les convulsions qui, sous des influences diverses, s'observent chez les femmes en parturition.

Bajon, à la Guyane, de 1769 à 1777, étudie le tétanos des nouveau-nés après la ligature du cordon ombilical, et relate en même temps quelques faits de tétanos puerpéral.

Mais c'est surtout au XIX^e siècle que sont publiés, sur le tétanos puerpéral, des observations et des travaux de nature à en éclairer surtout l'étiologie.

En France, Velpeau, dans sa thèse de concours d'agrèga-

tion (1), en rapporte une observation. Filliol en 1869, Lardier en 1874, Collongues en 1878, présentent à la Faculté de Paris, des thèses sur le tétanos puerpéral.

Pitre Aubenais (2), Blachez (3), le professeur Jaccoud (4), et M. Vinay (5) ont l'occasion d'en voir quelques cas et de leur consacrer une leçon clinique ou des articles de journaux.

M. Poncet (6) et M. Mathieu (7), en traitant la question du tétanos chirurgical, examinent rapidement le tétanos puerpéral ; mais c'est dans le « *Traité des maladies puerpérales* » de M. Hervieux (1874), que le tétanos d'origine utérine est étudié de la façon la plus complète.

M. Reclus (8) dit que, chez la femme en couches, la plaie laissée par le placenta peut ouvrir la porte au tétanos.

A l'étranger, ce sont surtout les médecins anglais qui, soit en Angleterre, soit dans ses colonies, tout particulièrement à Ceylan, observèrent le tétanos puerpéral, et l'étudièrent avec soin. En première ligne, il faut citer le nom de Simpson (9), qui nous en a laissé une bonne étude, puis

(1) VELPEAU. Essai sur les convulsions puerpérales (1834).

(2) PITRE AUBENAI. Journ. de méd. et de chirurg., 1872.

(3) BLACHEZ. Gaz. hebdomad., 1874.

(4) JACCOUD. Rev. clin hebdom. Gaz. des hôpit., 1886, n° 4.

(5) VINAY. Lyon médic., nos 51 et 52, 1891.

(6) PONCET. Nouv. Diction. méd. et chirurg. prat., t. XXXV, 1883.
Art. *Tétanos*.

(7) MATHIEU. Dict. encycl. des sc. méd., 3^e série, t. XVI, 1886. Art.
Tétanos.

(8) RECLUS. Traité de chirurgie, t. I.

(9) SIMPSON. Contributions to obstetric pathology and practice, 1854.
— Clinique obstétricale et gynécologique. Trad. Chantreuil, 1874.

ceux de Patterson (1), de Wiltshire (2), de Boyd (3), de Macdonald (4).

Aux États-Unis, principalement dans ces derniers temps, nous trouvons les noms de Curtis Smith (5), de Thomas Smith (6), de Boarman (7), de Howland Holmes (8).

En Allemagge, nous citerons les noms de Wierzinski (9) et de Withauer qui soutint à Iéna sa thèse inaugurale sur deux cas de tétanos puerpéral.

(1) PATTERSON. Glasgow méd. Journ., Octobre 1856.

(2) WILTSHIRE. On tetanus after aborting. Transact. of the obstetric society of London, 1872.

(3) BOYD. Case of tetanus following aborting. — Dublin, Journ. of medic. sc., 1874.

(4) MACDONALD. Edinburgh med. Journ., 1875.

(5) CURTIS SMITH. Philad. med. and surg. reporter, 1873.

(6) TH. SMITH. Americ. journ. of obstetr., 1887, April, p. 337.

(7) BOARMAN. Journ. of the americ. med. assoc., 1887, October, 22, p. 522.

(8) HOWLAND HOLMES. Boston, med. and surg. Journ., 1887, March, 3, p. 206.

(9) WIERZINSKI. Journ. d'accouch. et des mal. des femmes, 1889, n° 6, Russie.

ÉTIOLOGIE

Le tétanos puerpéral est une affection extrêmement rare. Peut-on apprécier sa fréquence? C'est difficile. Aucune statistique n'a été faite, par rapport au nombre d'accouchements et d'avortements. A Paris, il y a environ 55,000 naissances par an, et les auteurs, à peine, en citent un cas annuel.

Le tétanos puerpéral est-il plus fréquent après l'avortement ou après l'accouchement? Sur 36 observations que nous avons réunies, nous avons trouvé des données étiologiques dans 32. Voici le résultat de cet examen :

19 cas après l'avortement.

13 cas après l'accouchement.

M. Hervieux a trouvé sur 23 cas :

9 après l'avortement.

14 après l'accouchement.

M. Vinay, sur 106 cas :

47 après l'avortement.

59 après l'accouchement.

Nos chiffres sont en désaccord avec ceux d^e ces auteurs; nos observations plus récentes ont sans doute porté sur une période, où les avortements ont été en plus grand nombre, mais il est patent que le tétanos est beaucoup plus fréquent après l'avortement qu'après l'accouchement,

parce que le nombre des accouchements est beaucoup plus considérable que celui des avortements.

Dans 20 de nos observations, où le nombre des grossesses des femmes est indiqué, nous trouvons :

4 Primipares,

4 Secondipares,

12 Grandes multipares.

La *multiparité* paraît donc jouer un rôle favorable à l'écllosion du tétanos.

Comme nous l'avons dit dans notre définition, le tétanos puerpéral procède des plaies utérines et vulvo-vaginales consécutives à l'acte de la parturition. En effet, la cause du tétanos traumatique n'est-elle pas ordinairement une plaie étendue et profonde, et la plaie placentaire ne se trouve-t-elle justement pas dans ces conditions? Pour nous, donc, la plaie utérine est la véritable cause du tétanos puerpéral.

Nous en avons une autre preuve dans l'état de la plaie au moment où le tétanos puerpéral éclate. Il est d'observation que, dans le tétanos traumatique, à ce moment, la plaie se dessèche; dans les observations où l'état des lochies est signalé, l'écoulement cessa brusquement dès l'apparition des premiers symptômes du tétanos puerpéral.

D'autre part, il est certain que le rôle joué par les plaies vulvo-vaginales doit être pris en considération. N'ouvrent-elles pas, en effet, la porte aux germes infectieux? Dans cinq observations, nous trouvons des déchirures plus ou moins profondes du périnée pour lesquelles on a dû pratiquer la périnéoraphie.

Les corps étrangers, demeurés dans l'utérus, tels que,

membranes déchirées, cotylédons placentaires, caillots de sang, sont une cause d'infection.

Des cas dystociques sont signalés en grand nombre dans nos observations : forceps, embryotomie, périnéoraphies, tamponnements, curettages, délivrance artificielle, etc.

Les instruments, et le défaut d'asepsie du médecin n'ont-ils pas été une cause de contamination ? Cela est vraisemblable : les cas cités le prouvent. De plus, dans nos cas d'avortement, nous relevons qu'ils sont dûs le plus souvent à la *criminalité*.

Le mode de pansement des plaies, les irrigations continues et les injections qui exposent la lésion à des alternatives de refroidissement et de chaleur ont été incriminées.

Les races nègres, hindoues, malaisiennes, indiennes, nous paraissent plus sujettes au tétanos puerpéral que les races européennes. D'après les indications d'un médecin de Calcutta (1), où le tétanos est pour ainsi dire à l'état endémique, le tétanos puerpéral occuperait, dans l'échelle étiologique de la fréquence, le troisième rang. Sur 121 cas de tétanos traumatique, le plus grand nombre est dû aux blessures des extrémités, en second lieu, viennent celles de la face, et en troisième, les lésions de la parturition (29 cas, soit 25 0/0 environ). Il en est de même à Ceylan. Bajon nous a fait connaître la fréquence du tétanos en général à la Guyane. Il paraît être assez commun aux Etats-Unis : les revues médicales américaines en fournissent de nombreuses observations.

De tout temps, on a dit que les gens nerveux, à constitu-

(1) Jaccoud. Revue clin. hebdom., Gaz. des hôpit. 1886, n° 4.

tion sèche et irritable y seraient particulièrement exposés. Il est certain que dans un certain nombre de nos observations, nous trouvons que les femmes étaient entachées d'hystérie, d'épilepsie, d'alcoolisme ou d'affections anémiantes telles que : tuberculose, fièvres intermittentes, etc.

Les émotions morales jouent-elles un rôle prédisposant ? Nous sommes porté à le croire d'après une observation du docteur Parrisis (1) d'Athènes, qui rapporte qu'une femme fut atteinte du tétanos à la suite d'une fayeur causée par une querelle de soldats.

Les climats chauds, torrides, surtout ceux qui appartiennent à la zone maritime intertropicale, fournissent des cas de tétanos nombreux. Plus on monte en latitude, plus il devient rare. Ainsi, en Russie, il est peu fréquent.

C'est pendant les mois de mars, avril, septembre et octobre, que le tétanos paraît être le plus fréquent. Sous ce rapport, nos observations, dans les cas où l'époque de la maladie est signalée, sont d'accord avec ce que disent les auteurs, au sujet du tétanos traumatique. (Observations I, II, III, XIV, XVII, XIX.)

Le froid et l'humidité sont des facteurs importants de l'étiologie du tétanos. Le docteur Pitre-Aubénais (2) croit « qu'il se produit, alors que les lochies et la transpiration cutanée sont brusquement supprimées, par une vive impression du froid et de l'humidité, telle que celle qui résulte de l'immersion des extrémités supérieures ou inférieures dans l'eau froide, la marche à pieds nus sur sol un mouillé par

(1) In thèse de Lardier. Paris, 1874.

(2) PITRE-AUBÉNAIS. Journal de méd. et de chir. 1872.

les eaux pluviales, et l'ingestion d'eau très froide. » Dans l'observation de Blachez, la malade était blanchisseuse; dans notre observation personnelle, la malade était allée laver le jour où éclata le tétanos; mais ici, le cas n'est pas net : la malade avait en effet, au préalable, un peu de gêne dans la mastication.

L'influence réfrigérante des vents et des courants d'air et les variations de température seraient surtout funestes lorsque le corps est en transpiration.

Le tétanos est moins fréquent dans les maternités qu'à la ville, et moins à la ville qu'à la campagne, où l'on viole plus facilement les règles de l'hygiène. Les maisons y sont basses, humides, et les malades, souvent, marchent pieds nus sur le sol.

Le tétanos, pour tous les anciens auteurs, était d'origine tellurique. Le fait est exact, l'interprétation de la cause était seule fausse. Le sol est, en effet, tétanigène, ce qui nous explique, en y joignant, il est vrai, la mauvaise hygiène où elles vivent, pourquoi les femmes, travaillant la terre, les paysannes, les maraîchères, sont plus exposées que les citadines à contracter le tétanos après l'avortement ou l'accouchement.

En outre, il est certains terrains qui jouissent à un haut degré de ce pouvoir tétanigène; les Nouvelles-Hébrides, la Guyane, à Paris même, la butte Montmartre (M. le docteur Duguet). La malade de notre observation personnelle habitait Montmartre, et chez elle on ne trouvait rien au point de vue étiologique. Peut-être faut-il chercher là la cause de son affection.

L'influence tétanigène du sol n'est d'ailleurs pas due à

l'humidité ni au refroidissement, mais à la présence des agents infectieux. M. le docteur Gaucher a bien voulu nous communiquer le fait suivant : Une femme ayant couché dehors pendant une nuit, est amenée à l'hôpital de la Charité, salle Beau, en septembre 1888, avec des symptômes de tétanos dit *a frigore*, auquel elle succombe. Cette femme, qui avait avec elle un enfant de quatre ans, est placée à la crèche, son enfant est conduit le lendemain au dépôt des Enfants assistés. Dans le lit voisin, se trouvait une femme avec son enfant âgé de trois semaines : trois jours après, cet enfant est pris de convulsions tétaniformes auxquelles il succombe en quarante-huit heures. Une inoculation est faite avec le centre du bulbe de la femme morte de tétanos *a frigore* dans l'aine d'un lapin : deux mois après, le lapin succombe dans un accès de convulsions généralisées. Nous ne voulons tirer aucune conclusion de ce seul fait expérimental, qui nous a semblé néanmoins intéressant à signaler; mais nous retenons surtout à l'appui de l'origine infectieuse commune de toutes les formes de tétanos, la contagion de la femme à l'enfant : un tétanos *a frigore* ayant donné naissance à un tétanos du nouveau-né. Nous devons ajouter toutefois que la plaie ombilicale de l'enfant paraissait déjà cicatrisée.

La contamination est en effet un dernier mode pour les femmes, de contracter le tétanos. Dans un cas, nous voyons une malade qui, présentant quelques symptômes septicémiques, avait été curettée, être prise à la suite de tétanos. Ne faut-il pas incriminer les instruments et les doigts de l'opérateur? Dans d'autres cas, le fait est net.

Une sage-femme contamine une accouchée par un toucher vaginal, après avoir donné des soins à un enfant atteint de

trismus dont elle avait pansé la plaie ombilicale (Heinricius). Tel encore le cas d'Amôn. Il venait de soigner un ouvrier qui avait été atteint de tétanos dont il mourut. Le lendemain même, Amon dut assister une parturiente et pratiquer, chez elle, la délivrance artificielle. Malgré une désinfection minutieuse des mains, cette femme présenta, le neuvième jour de ses couches, des symptômes de trismus et succomba cinq jours après.

PATHOGÉNIE

Nous serons bref sur la pathogénie, car tous les faits qui vont suivre appartiennent au tétanos traumatique. Aucune recherche pathogénique n'a été faite, jusqu'ici, sur le tétanos puerpéral, et c'est par analogie que nous assimilons la bactériologie de ce dernier à celle du tétanos traumatique.

« Il y a quelques années à peine, disent MM. Sanchez Toledo et Veillon, dans leur remarquable étude, le tétanos était une affection des plus mystérieuses et des plus obscures. Elle semblait défier toutes les investigations des chirurgiens aussi bien que celles des anatomo-pathologistes. Grâce aux récentes conquêtes microbiologiques, cette affection, au contraire, est devenue une de celles dont la nature, la cause et le mécanisme sont le mieux établis. »

Le tétanos, comme nous l'avons déjà dit, est une maladie de nature microbienne, contagieuse, inoculable. Il a pour facteur le *bacille* découvert par *Nicolaïer* et isolé par *Kitasato*, qui le cultiva purement et reproduisit, avec ses cultures, le tétanos type. Le bacille de Nicolaïer, qui est très polymorphe, se présente ordinairement sous forme d'un bâtonnet fin plus ou moins long, mobile, muni d'une spore terminale, qui lui donne l'apparence d'une épingle ou d'une baguette de tambour. Il est *anaérobie*, et se développe particulièrement bien dans l'hydrogène, ou encore dans un vide relatif et dans les milieux profonds où l'air n'accède que par une ouverture effilée.

La température de 38° à 39° lui est la plus favorable. Sa sporulation est alors très active. Très sensibles à la lumière diffuse, à la radiation solaire et à l'air, ses spores sont tuées par la vapeur d'eau à 100° pendant un quart d'heure, et un séjour de cinq minutes dans l'autoclave à 115°.

Les bacilles de Nicolaïer ne peuvent, pendant la vie, pulluler dans le sang ou, tout au moins, ils ne s'y présentent que dans les derniers moments. Après la mort, ils se développent et se cultivent dans le liquide hématique et dans les différents organes. On peut donc considérer le tétanos comme une *maladie locale* en raison du foyer restreint de l'activité de son bacille.

Mais ce bacille élabore dans la place, où il cultive et se cantonne, une toxine connue sous le nom de *tétanine* et qui offre beaucoup d'analogie avec la strychnine. Son pouvoir de diffusion et sa puissance nocive sont considérables. Une goutte injectée sous la peau de la cuisse d'un cobaye le tue en vingt-quatre heures (1).

Ce bacille foisonne dans la terre, surtout dans les couches profondes, où il peut résister longtemps à l'action du soleil et de l'air.

Le tétanos étant ainsi d'origine tellurique, il est aisé de comprendre, même lorsqu'il est impossible de suivre la genèse de l'affection, combien il est facile pour l'organisme humain d'être infecté. Combien plus claire devient l'étiologie du tétanos, quand on applique à son étude ces quelques données que nous venons d'exposer.

(1) Société de Biologie. Séance du 25 juin 1891. Dr Camara-Pestana, de Lisbonne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les autopsies faites à la suite de tétanos puerpéral, les auteurs ne citent rien de particulier. Les lésions trouvées sont celles du tétanos traumatique. Aussi, allons-nous exposer celles-ci.

Des recherches ont été faites, surtout sur les centres nerveux et les nerfs périphériques.

Ces lésions sont inconstantes, et paraissent être plutôt l'effet que la cause de la maladie.

L'intelligence étant conservée, il n'est pas étonnant que l'on ait trouvé l'encéphale sain. Cependant, lorsque des lésions ont été constatées, elles étaient variables. Le professeur Bouchard a cité de la vascularisation de la substance blanche ; Rose et Wazelin, une augmentation du poids de l'encéphale ; Jackson, une dégénérescence colloïde du cer-velet.

Les méninges étaient le siège d'une méningite bulbo-spinale, d'où l'explication des spasmes et de la douleur.

L'hématorachis ou hémorrhagie extraméningée a été souvent signalée.

Le professeur Hayem a même cité des exsudats hémorrhagiques.

La moelle a été plus spécialement étudiée. Dans les observations anciennes, les études macroscopiques signalent un

ramollissement aux points d'émergence des nerfs abdominaux et thoraciques. Ces lésions ne seraient-elles pas dues à la putréfaction cadavérique ?

Larrey a trouvé une inflammation avec épanchement rougeâtre dans la moelle.

Les auteurs modernes ont trouvé également des lésions inconstantes, et la plupart, Rokitansky, Wunderlich, Arloing et Tripier, Quinquaud, ont constaté une myélite diffuse. Mais le plus souvent, aucune altération nerveuse n'a été trouvée.

Les lésions des muscles sont de deux ordres : les unes, sont d'origine mécanique ; les autres d'origine pathologique.

Les lésions d'origine mécanique sont dues à la violence des contractions. Le muscle livide et gorgé de sang noir est le siège d'hémorragies interstitielles, par suite de la rupture des faisceaux fibrillaires. Quelquefois même, la rupture du muscle est totale, surtout dans les droits abdominaux.

Quant aux lésions d'origine pathologique, d'après Conor, « dans un grand nombre de muscles, les faisceaux primitifs sont altérés ; ils ont perdu leur belle striation normale et présentent un aspect granuleux. Le degré d'altération varie du reste, depuis le simple état trouble où les faisceaux offrent un aspect comme poussiéreux... jusqu'à l'aspect hyalin, vitreux, fragmenté, à cassures irrégulières, véritable dégénérescence fibreuse (Zenker) ou colloïde (Cornil et Ranvier), qui se voit dans les dégénérescences les plus avancées de la fièvre typhoïde et de quelques fièvres graves. »

Les organes viscéraux sont le siège d'une congestion.

La muqueuse de l'œsophage et du pharynx est en-

flammée, ce qui pourrait amener l'œdème de la glotte.

La muqueuse stomacale est rouge.

Mais les lésions existent surtout dans les poumons, où l'on a trouvé un engorgement, de l'hypostase due au décubitus dorsal, de la broncho-pneumonie, de la bronchite capillaire, de l'emphysème, de l'œdème, des noyaux apoplectiformes.

Le foie et les reins sont également congestionnés ; les lésions de ces derniers amènent parfois de l'albuminurie.

On a également signalé des altérations du sang, mais elles sont peu connues.

Nous n'avons pas pu étudier les lésions de l'utérus, n'ayant point eu de cas de mort. Dans les observations que nous avons recherchées, les auteurs ne signalent rien d'anormal pour l'utérus, deux d'entre eux seulement en parlent.

Le premier, Adams de Lanark, à Glasgow, dit que le tissu musculaire de l'utérus et la muqueuse étaient comme emphysémateux, lorsqu'on les comprimait. On eût dit un morceau de poumon ; ils surnageaient, bien qu'il n'y eût aucune trace de décomposition putride.

Le second, Thomas C. Smith (1), dit que l'utérus était gros, très rouge, le ligament large du côté droit fortement congestionné.

(1) TH. SMITH. American journal of obstetric, avril 1887, p. 337.

SYMPTOMATOLOGIE

Le tétanos puerpéral est quelquefois précédé de *prodromes* qui sont inconstants, fugaces et variables. Tantôt, en effet, la malade, dont les suites de couches ont été absolument normales, est déjà levée, quand, tout-à-coup, elle perd l'appétit et le sommeil, elle éprouve des bâillements, du malaise, de la céphalalgie, une sorte de dyspnée nerveuse, sans qu'à l'examen on ne trouve rien pour l'expliquer ni dans l'appareil pulmonaire ni dans l'appareil circulatoire. Tantôt, au contraire, la malade est prise de frissons plus ou moins violents, et présente une impressionnabilité toute particulière au refroidissement. Ce mode de début se voit surtout dans les cas qui suivent de près l'avortement ou l'accouchement. Enfin, dans bon nombre de faits, *aucun* prodrome ne vient annoncer l'apparition du tétanos.

Il débute généralement par une contraction modérée de la mâchoire. Les arcades dentaires se serrent convulsivement, surtout lorsqu'on fait un effort pour les séparer. Il s'y ajoute presque toujours de la raideur des muscles de la nuque ; les mouvements de la tête, surtout ceux de la flexion, deviennent de plus en plus difficiles et pénibles (*tigedite*). A ce moment il y a une légère dysphagie, par propagation des contractures aux muscles de la langue et du pharynx. L'état va généralement en s'aggravant : les mâchoires se ferment complètement, le *trismus* est établi.

Puis les muscles de la face se prennent à leur tour; les commissures des lèvres sont tirées en dehors, les ailes du nez et les sourcils s'élèvent, le front se ride, les orbiculaires s'ouvrent largement; en un mot, s'établit l'état spécial de la face connue sous le nom de *rire sardonique* ou *cynique*. Ce masque grimaçant reste fixe, tandis que les yeux conservent leur mobilité.

Le mal s'accroît dans la région cervico-dorsale: la tête se rejette de plus en plus en arrière. Les muscles de la paroi abdominale se prennent à leur tour; on sent tout particulièrement les muscles droits fortement tendus, et quelquefois d'une dureté ligneuse.

Les membres inférieurs généralement en extension sont alors envahis par les contractures.

Les membres supérieurs respectés plus longtemps sont pris à leur tour.

Quand ces contractures synergiques sont complètement généralisées et que les muscles des régions antérieure et postérieure sont également pris, les malades sont dans cet état de rectitude parfaite connue sous le nom d'*orthotonos*. Quand, au contraire, ce sont les muscles de la région postérieure qui sont le siège des contractures les plus intenses, le torse se renverse en arrière en même temps que la tête et décrit un arc de cercle à convexité antérieure, de sorte que la malade ne repose plus sur le plan du lit que par les talons et l'occiput: c'est l'*opisthotonos*. Avec l'*orthotonos* c'est la forme la plus communément observée dans la forme puerpérale.

L'*emprosthotonos*, ou flexion du corps en avant, et le *pleurosthotonos*, ou flexion latérale du corps, ne sont guère

signalés dans les cas de tétanos reconnaissant pour origine la plaie placentaire.

Ces contractions ne sont pas d'une permanence absolue ; de temps en temps, il se produit une détente qui est bientôt suivie d'un redoublement de raideur douloureuse : c'est le *tétanos discontinu*. Au contraire, parfois le relâchement musculaire est nul, le tétanos est alors *continu*.

Ces exacerbations ou paroxysmes, prenant le type de crises ou d'accès, sont quelquefois spontanées, mais plus généralement provoquées. C'est ainsi que le moindre mouvement, le moindre ébranlement du lit, le moindre effort pour avaler, un bruit, une émotion, suffisent pour les déterminer. La malade, dans l'effroi de leur retour, vit dans une terreur permanente.

Lorsque les paroxysmes se succèdent à très courts intervalles, le tétanos prend une apparence convulsive et devient extrêmement douloureux. Les souffrances, supportables au début, s'accroissent avec le mal.

L'intensité des contractures n'est pas la même dans tous les cas. Dans certains, en effet, quelques mouvements provoqués ou spontanés sont encore possibles ; dans d'autres, au contraire, les membres résistent à l'effort, et gardent une immobilité absolue. Aussi, n'y a-t-il rien d'étonnant, à ce que l'on ait observé des ruptures musculaires, surtout des muscles droits de l'abdomen.

L'élévation de la température manque souvent, sans que, de son absence, on soit autorisé à porter un pronostic meilleur. Dans les formes à évolution très rapide, le thermomètre monte généralement d'emblée, tandis que dans les

autres, il oscille entre 37° et 38°5. Il s'élève surtout pendant les accès convulsifs.

Les causes de l'hyperthermie sont très discutées ; est-elle due à la contraction musculaire exagérée, ou à des oxydations plus abondantes que nécessite l'exagération de cette activité fonctionnelle ?

La chaleur augmente encore dans les premières heures qui suivent la terminaison fatale.

Le *pouls*, à peu près normal au début, subit l'influence des spasmes. On peut le voir monter à 120, 130 et 140 pulsations au moment des paroxysmes, puis retomber à la normale. La mort serait imminente lorsque le pouls dépasse 130 pulsations entre les crises. A la période ultime, il devient irrégulier, filiforme, le cœur battant d'une façon désordonnée.

La *respiration* est normale au début, et dans l'intervalle des accès. Dans les redoublements convulsifs, elle est précipitée. Si le rythme atteint ou dépasse 40 respirations par minute, l'issue fatale est proche. La respiration devient trachéale ; il existe du souffle bronchique, de la dyspnée, et une légère cyanose. Dans quelques cas, on a observé de la congestion pulmonaire (râles sibilants) et de la broncho-pneumonie.

Les *fonctions digestives* sont tantôt atteintes, et on a alors de l'embarras gastrique, tantôt, au contraire, elles sont dans un état d'intégrité parfaite, et la malade s'alimenterait, si la mastication et la déglutition étaient possibles. La salive et les liquides s'écoulent hors de la bouche. La langue parfois est saisie entre les arcades dentaires, et est mordue au moment des accès. La constipation est habituelle,

beaucoup plus rarement, les déjections sont involontaires.

Souvent, on trouve de la *dysurie* ou de la *strangurie*, quelquefois même de la *rétenction* complète d'urine, et alors il faut sonder les malades.

La *composition chimique* des urines est variable. Certains auteurs, en effet, ont trouvé les urates en excès; pour d'autres, ils seraient en moins grande quantité. Le sucre et l'albumine font défaut. Cependant, on a signalé quelquefois la présence de l'albumine dans la période ultime.

L'*intelligence* est généralement conservée : il n'y a que perte mécanique de la parole.

L'*insomnie* est un des symptômes dont souffrent le plus les malades. Leur sommeil naturel ou artificiel est entrecoupé de rêvasseries. Le *coma* ne s'observe guère que dans les derniers moments de la vie.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du tétanos est *facile*. Le trismus et la raideur de la nuque sont, en effet, des signes presque pathognomoniques, surtout lorsqu'ils se montrent en dehors de toute cause locale capable de les expliquer. Plus tard, les contractures généralisées revenant sous forme d'attaques ne peuvent être confondues avec aucune autre maladie.

Certaines affections de la bouche et du pharynx, telles que l'évolution de la *dent de sagesse*, les *gingivites*, la *stomatite*, les *abcès rétro-pharyngiens*, en amenant de la dysphagie et de la contracture des masséters, ont pu être confondues avec le tétanos. Il en est de même de l'*arthrite temporo-maxillaire* et du *torticolis* rhumatismal, mais dans ces affections, l'écartement progressif de la mâchoire peut se faire sans spasme, et il n'y a pas de généralisation de contractures.

La conservation des fonctions intellectuelles jusqu'à la période ultime de la vie permet de distinguer le tétanos des inflammations du cerveau et de ses enveloppes. Ce serait surtout la *méningite spinale aiguë* qui pourrait prêter à la confusion. Mais, dans cette affection, ce sont surtout les douleurs rachidiennes qui dominent, les contractures des muscles de la nuque et du dos sont permanentes, et les paroxysmes n'ont pas la violence de ceux du tétanos. Enfin, la paralysie succède à la période d'excitation.

Le diagnostic avec l'empoisonnement par la *strychnine* est presque impossible, puisque les symptômes sont les mêmes. Les renseignements puisés auprès de la malade ou de son entourage peuvent seuls l'éclairer.

Quoique le tétanos ait certains symptômes communs avec la tétanie, l'hystérie, l'épilepsie, l'éclampsie, cependant le diagnostic est facile.

La *tétanie*, ou contracture essentielle des extrémités, fréquente chez les femmes enceintes et plus encore chez les femmes en lactation, puisque Trousseau avait proposé le nom de « *contracture rhumatismale des nourrices* » pour désigner cette névrose, a les caractères suivants. Elle ne procède pas d'une plaie; la contracture musculaire est essentiellement intermittente, et une compression la rappelle. Commencant par les doigts, la contracture se borne ordinairement à quelques muscles. Si elle s'étend à tout un membre, il n'y a qu'un groupe musculaire, soit les fléchisseurs, soit les extenseurs, qui soit pris. Les masséters et les muscles du cou sont épargnés, ou du moins ne se prennent qu'en dernier lieu. Il n'y a que peu de douleur et pas de fièvre.

Dans l'*hystérie*, les contractures surviennent presque toujours après une chute accompagnée de convulsions. Elles s'accompagnent de paralysie motrice et de paralysie de la sensibilité. En outre, ou bien elles sont permanentes et affectent alors ordinairement la forme paraplégique, ou bien elles sont transitoires et erratiques, sautant d'un muscle à un autre. La recherche des stigmates viendra également confirmer le diagnostic.

L'*épilepsie* débute par une chute avec perte de la con-

naissance. Les convulsions sont cloniques ; l'attaque d'épilepsie est généralement de courte durée et se termine par le coma.

L'*éclampsie* du post partum se présente sous forme d'accès précédés de prodromes, tels que vives douleurs épigastriques, éblouissements, vertiges, troubles de la vue et de l'ouïe, parfois dyspnée. L'accès se décompose en quatre périodes distinctes : 1^o invasion ; 2^o convulsions toniques ; 3^o convulsions cloniques ; 4^o coma. Ces phases bien nettes permettent le diagnostic avec le tétanos. En outre, l'examen des urines fait reconnaître une grande quantité d'albumine dans l'*éclampsie*. Enfin, le thermomètre qui monte peu ou qui ne monte que tardivement dans le tétanos, atteint et dépasse souvent 40° dans l'*éclampsie*.

DURÉE. — PRONOSTIC

La durée du tétanos puerpéral est *très variable*. Les cas mortels ont une évolution beaucoup plus rapide que les cas de guérison. C'est ce qui résulte des études ci-dessous :

On a trouvé, dans les cas mortels, comme durée :

9 fois	3 jours.
3 fois	2 jours.
2 fois	8 jours.
2 fois	6 jours.
1 fois	12 jours.
1 fois	13 jours.
1 fois	18 jours.
1 fois	9 jours.

Dans les cas de guérison, nous trouvons, au contraire, des durées toujours longues, allant jusqu'à 34 et 35 jours; comme dans notre observation, par exemple.

Le pronostic est toujours *très sombre*. Il est plein d'imprévu et de surprises. Tel tétanos qui, au début, paraissait bénin, devient subitement mortel. La date du début, les symptômes, les complications, le milieu, les conditions ambiantes influent sur le pronostic.

Plus l'apparition du tétanos est rapprochée de l'expulsion foétale, plus le pronostic est grave. C'est ce que nous montrent nos observations VI, VII, IX, XIII, XX, XXII.

La guérison sera d'autant plus possible que le tétanos aura fait son apparition plus tard.

Le rôle joué par les contractions musculaires est également considérable. Si elles se généralisent rapidement à toutes les parties du corps, surtout aux muscles abdominaux, s'il y a fréquence des paroxysmes, de l'orthotonos ou de l'opisthotonos cervical, la mort est presque certaine.

Si, au contraire, la généralisation est lente; si les extrémités sont respectées, si, comme nous le trouvons dans les observations de Pitre Aubenais, il y a de l'emprosthotonos, on peut avoir quelque espérance de guérison.

Parmi les signes défavorables, nous trouvons : la fréquence du pouls (plus de 100 pulsations à la minute entre les paroxysmes) et ses irrégularités, la cyanose, l'extension des contractures au diaphragme, l'albuminurie, les complications pulmonaires, telles que la congestion et la broncho-pneumonie.

Il est certain que les conditions hygiéniques des malades jouent un grand rôle dans le pronostic, et c'est surtout chez les malades des classes peu aisées, tout particulièrement à la campagne, que l'on voit la mortalité la plus élevée.

Enfin, l'état particulier de faiblesse et de débilité générale dans lequel se trouvent, de par leur puerpéralité même, les femmes récemment accouchées, nous explique pourquoi le tétanos est si grave chez elles. En effet, du dépouillement de nos observations, il résulte que sur 36 cas la guérison n'eut lieu que cinq fois. La mortalité du tétanos puerpéral est donc d'environ 85 0/0. Ce chiffre est le *plus élevé* de la léthalité tétanique.

PROPHYLAXIE

Comme mesures prophylactiques, il sera bon d'éviter aux femmes récemment accouchées tout refroidissement, l'ingestion de boissons glacées, d'aérer leur chambre tout en maintenant une température constante.

D'après les expériences de Kitasato, l'action de l'*acide phénique* sur le bacille de Nicolaïer est presque nulle. La virulence subsiste pendant quinze heures environ. Le *sublimé*, à 1 pour 1000, détruit les spores en trois heures, mais si, à cette solution, on ajoute 5 pour 1000 d'*acide chlorhydrique*, on obtient un mélange qui les anéantit en trente secondes.

Tizzoni (1) a constaté que l'*iodoforme* n'exerce aucune influence sur les germes tétaniques. Tizzoni et Cattani conseillent le *nitrate d'argent* et la solution de sublimé additionnée d'acide chlorhydrique.

Donc nous emploierons, pour le lavage des mains, si nous sommes obligé d'assister une parturiente, après avoir donné nos soins à un tétanique, soit du sublimé à 1 pour 1000, soit plutôt du sublimé à 1 pour 1000 avec de l'acide chlorhydrique à 5 pour 1000.

Si, chez une parturiente, pour un motif quelconque, tel

(1) *Riforma medica*, 1890.

que cas de tétanos dans le voisinage, chez l'homme ou l'animal, nous avons à redouter cette affection, nous aurons recours au sublimé à 1 pour 2000 avec acide chlorhydrique à 5 pour 1000, en ayant soin de faire ensuite des irrigations abondantes, par exemple, d'eau bouillie naphtolée, par crainte d'intoxication hydrargyrique.

Les instruments, quand il y aura lieu, seront soumis à l'eau bouillante pendant un quart d'heure, ou mis dans l'autoclave à 115° pendant cinq minutes.

TRAITEMENT

Le traitement doit répondre à une triple indication :

- 1° Traiter la plaie ;
- 2° Modifier l'état du sang empoisonné par la toxine ;
- 3° Diminuer le pouvoir excito-moteur des centres nerveux ;

I. — Pratiquer des injections intra-utérines très chaudes de permanganate de potasse à 5 pour 1000 une fois par jour, et des injections vaginales chaudes fréquemment renouvelées avec la solution de bichlorure de mercure à 1 pour 4000 avec adjonction d'acide chlorhydrique à 5 pour 1000.

Kitasato (1) ayant pu empêcher le développement du tétanos en excisant la partie inoculée peu après l'inoculation, les vétérinaires obtenant parfois le même résultat en coupant un nouveau tronçon de queue au cheval sur lequel l'amputation de cet appendice s'est compliquée de manifestations tétaniques, il y a lieu de nous demander si par un *curettage* minutieux de l'utérus, on ne parviendrait pas à empêcher l'intoxication du sang, alors que la malade ne présenterait encore qu'une menace de trismus. Nous ne croyons pas qu'une tentative semblable ait été faite chez la

(1) DELAMOTTE et CHARON. Rev. analyt. de la bactériologie du tétanos, 1892, 1^{er} fasc., p. 67.

femme. Cependant rien ne paraît la contreindiquer et elle est logique d'après les résultats ci-dessus.

En outre, on pourra faire des irrigations avec l'*alcool éthylique* que Kitasato considère comme un des meilleurs neutralisants du poison tétanique, et essayer également le *trichlorure d'iode* à 10 pour 1000, puisqu'il anéantit à la fois le bacille de Nicolaïer et son produit de sécrétion.

II. — Pour modifier l'état du sang, on pourra faire des injections de sérum ou de sang de lapins vaccinés, ou bien injecter une substance spéciale extraite au moyen de la précipitation par l'alcool et de la dessiccation dans le vide du sérum de chiens ou de lapins rendus réfractaires (Méthode de Tizzoni : 50 centigr. en deux fois dans la journée) (1).

Par ce procédé, *Schwartz* à la clinique de Padoue, a obtenu un succès chez un enfant de 16 ans atteint de tétanos traumatique. *Pacini* (2) a eu un cas de guérison chez un homme de 21 ans.

Finotti, guérit un enfant de 11 ans (3).

A côté de ces succès on signale des revers : deux malades, atteints de tétanos traumatique, furent traités, dans le service de *M. le professeur Dieulafoy* (4) par le sang antitétanique et succombèrent.

En somme, ces traitements paraissent avoir une efficacité encore trop douteuse pour qu'on puisse les recommander à l'exclusion de ceux que la pratique a quelque peu légitimés.

(1) DELAMOTTE et CHARON. Op. cit., p. 91.

(2) *Riforma medica*, 7 janv. 1892.

(3) *Rev. scientif.*, 12 mars 1892.

(4) *Annales Institut Pasteur*, 25 avril 1892. — RENON. Deux cas de tétanos traités par le sang antitétanique.

III.— Pour diminuer le pouvoir excito-moteur des centres nerveux, on a employé diverses substances : opium, morphine, belladone, atropine, curare, valériane, bromure de potassium, chloral, chloroforme, etc.....

Ces trois derniers, avec l'opium semblent jouir d'une certaine valeur. Encore le *chloroforme* ne doit-il être employé qu'avec une grande prudence, les menaces d'asphyxie étant fréquentes dans le tétanos.

Rien de plus rationnel que l'emploi du *bromure de potassium*. Il est anesthésique dans une certaine mesure et, à haute dose, modère l'irritabilité réflexe de la moelle; mais son action est lente, il est mal supporté et les fortes doses qui sont indispensables sont dangereuses.

Le *chloral*, le meilleur antidote de la strychnine, doit être donné sous forme de sirop, à la dose de 1 gramme par heure, jusqu'à concurrence de 10, 12 et 16 grammes par 24 heures. C'est ainsi qu'il a été employé dans les cas rapportés, dans les observations I, II et VI. M. le professeur Verneuil (1) l'a préconisé le premier dans le traitement du tétanos traumatique, et M. le docteur Richelot (2) le recommande également comme le médicament le moins infidèle. Il faut, autant que possible, l'administrer par la bouche. Si cependant, le trismus empêche de desserrer les arcades dentaires, on aura recours à la voie rectale et on pourra formuler ainsi :

(1) VERNEUIL. Compte-rendu de l'Académie des sciences, t. LXX, page 575. 1870.

(2) RICHELOT. Thèse d'agrég. de chir. 1875.

Chloral hydraté..... 4 grammes.
Eau..... 50 grammes.
Lait..... 1 verre.
Jaune d'œuf..... N° 1,
msa. pour un lavement.

Jamais on ne devra employer la violence pour ouvrir la bouche resserrée par le trismus. La voie intraveineuse est dangereuse et doit être rejetée.

Les injections sous-cutanées de *morphine*, si les lavements sont rejetés, peuvent être employées jusqu'à concurrence de 0 gr. 05 par 24 heures. Elles atténuent la douleur; cependant leur action est moindre que celle du chloral.

Les *bains chauds* et les bains *de vapeur* favorisent la sudation et l'élimination par la peau du poison tétanique, et dans notre cas, ont aidé à la guérison.

On tiendra la malade dans une chambre isolée où règnera la tranquillité la plus absolue et on éloignera d'elle toute espèce d'agitation et d'émotion morale.

Si la constipation est intense, on donnera des *lavements* en ayant soin d'éviter à la malade tout mouvement.

On facilitera l'élimination du poison par les urines et la sueur en ayant recours aux *diurétiques* et aux *sudorifiques*.

La malade devra rester au lit et être maintenue dans une température douce et uniforme.

On luttera contre la soif, et on donnera une alimentation aussi tonique que possible.

L'alimentation, si l'écartement des mâchoires est impossible, se fera par la sonde nasale et par les lavements nutritifs : le *régime lacté* est certainement celui qui répond le mieux à toutes ces indications.

De crainte des rechutes, on maintiendra la malade au lit pendant la convalescence qui est en général fort longue.

OBSERVATION I.

Observation personnelle. — (Prise dans le service de M. le docteur Lacombe, suppléé par M. le docteur Gaucher.)

Hopital Bichat. — *Guérison.*

Salle Récamier. Lit 9.

B..., 27 ans, cuisinière. Entrée le 16 septembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'obstruction intestinale. Père vivant, bien portant.

Antécédents personnels. — La malade n'accuse pas de maladie dans son enfance. Elle a eu deux grossesses : la première terminée il y a dix-huit mois, par un accouchement normal, sans suites de couches pathologiques. L'enfant est vivant et en bonne santé. La deuxième s'est terminée le 25 août dernier par une fausse couche de trois mois. Au début de cette seconde grossesse, elle a eu une bronchite dont il ne reste rien actuellement.

La malade a donc fait une fausse couche le *mardi, 25 août*. Cet avortement, *tout spontané*, dit-elle, n'a été suivi ni de fièvre, ni de frissons, elle n'a pas pris d'injection, et n'a été assistée par personne. Elle a commencé à se lever quatre jours après.

Rien de spécial jusqu'au dimanche *6 septembre*. — Ce jour-là, elle alla laver du linge, mais déjà le matin, elle s'était

aperçue qu'elle avait un peu de raideur des mâchoires, de sorte qu'on ne saurait incriminer le froid humide du lavoir.

Le lendemain, 7 *septembre*, elle ne pouvait plus ouvrir la bouche pour manger. En même temps ses jambes devenaient raides.

Enfin, depuis le 8 *septembre*, elle a de la raideur des membres supérieurs. Ajoutons comme dernier renseignement que ni la malade ni son mari n'ont jamais eu le moindre contact avec des chevaux.

17 *septembre*. Trismus médiocre, permettant encore un certain écartement des mâchoires, pas de raideur de la nuque, pas d'opisthotonos. Les muscles abdominaux sont contracturés. Le diaphragme fonctionne normalement, raideur des épaules et de la main, l'avant-bras n'est pas atteint, les hanches, les cuisses, les jambes sont raides, les pieds sont indemnes, les mouvements spontanés des membres sont possibles dans une certaine limite, mais la raideur s'exagère dès qu'on cherche à les fléchir ou à les étendre. La déglutition des liquides est facile, celle des solides est impossible, surtout en raison des difficultés de la mastication, constipation depuis avant-hier matin, rétention d'urine depuis le même temps ; les urines retirées avec la sonde ne contiennent ni sucre, ni albumine. Légère irrégularité cardiaque (pouls 68), pas de fièvre, pas de gêne respiratoire (respiration 20). Rien dans les poumons, à part quelques frottements à la base gauche.

Diagnostic : tétanos puerpéral à forme atténuée.

Traitement : chloral à la dose de 1 gramme toutes les deux heures ; morphine en injections sous-cutanées, jusqu'à

concurrence de 0,04 centigr.; bain tiède de une heure de durée. Régime lacté.

18 septembre. La malade a pris 7 grammes de chloral et 0,02 centigr. de morphine depuis hier. Amélioration sensible, la bouche s'ouvre mieux, la raideur des bras et des jambes est moindre, miction spontanée, pouls plus régulier; mêmes prescriptions que la veille. Le soir, à la contre-visite, elle est profondément assoupie.

19 septembre. 5 grammes de chloral et 0,02 centigr. de morphine ont été ingérés dans la journée d'hier. Encore un peu de raideur des masséters. Les jambes et les bras se plient facilement, mais les mouvements provoqués rencontrent toujours une certaine résistance. La température s'est élevée (38°). Langue blanchâtre; la malade accuse une douleur de chaque côté dans la région hypogastrique, les muscles adominaux sont énergiquement contractés, quelques râles sibilants dissiminés dans la poitrine. Même traitement que le jour précédent, en plus lavement purgatif du codex, et injection vaginale avec liqueur Van Swieten.

20 septembre. La malade est allée à la selle, la fièvre a disparu. Elle a pris hier 6 grammes de chloral et 0,02 centigr. de morphine. Même tonus exagéré des muscles abdominaux; même traitement.

25 septembre. Même état, pourtant la bouche s'ouvre mieux; la malade a pris régulièrement tous les jours 5 gr. de chloral, 0,02 centigr. de morphine et un bain tiède. Même traitement.

30 septembre. Règles depuis [trois] jours, plus de bain, ni de morphine depuis la même époque, seul le chloral a été continué à la dose de 4 grammes.

1^{er} octobre. La malade commence à prendre des aliments solides. Se lève et déambule.

5 octobre. Suppression du chloral; depuis quatre jours il n'était pris qu'à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes.

9 octobre. Les muscles abdominaux sont encore contracturés, le ventre est d'une dureté ligneuse, les mouvements des membres et des mâchoires sont à peu près libres.

On prescrit 3 grammes de chloral et un bain chaud.

11 octobre. La malade demande son exeat. Les muscles abdominaux sont encore contracturés.

OBSERVATION II.

*Observation communiquée par Monsieur le docteur
Alexandre. Mort.*

M^{me} S..., 26 ans avait fait le 16 mars 1891 une fausse couche de deux mois et demi environ. Tout se passe naturellement et le 26 mars, veille du jour où je fus appelé à la voir, la malade se trouvait si bien que la sage-femme voyant les lochies absolument nulles, l'appétit bon, les forces suffisantes, avait permis à M^{me} S... de se lever. Elle allait très bien lorsque le lendemain 27, vers trois heures, elle se trouva prise de difficulté pour respirer, d'un malaise profond qui la décidèrent à me faire appeler.

Je pratiquai l'examen le plus minutieux, et ne constatai ni du côté des organes sexuels, ni du côté des organes pré-

sidant aux autres fonctions aucun signe dénotant non-seulement la plus petite lésion, mais encore le plus petit trouble, si ce n'est des battements de cœur un peu violents, le pouls un peu rapide (100 pulsations). Pas d'élévation thermique, 37°. En présence de tous ces signes négatifs, du vague des sensations anormales éprouvées par la malade, du caractère habituellement nerveux de celle-ci, je pensai à un peu de nervosisme, et me retirai après avoir prescrit une potion calmante éthéro-opiacée, et des injections vaginales phéniquées.

Le lendemain 28 mars, à 5 heures 30 du matin, j'étais appelé en hâte, la malade, me disait-on, ne pouvant plus parler. Contrairement à ce qu'on m'avait annoncé, la malade parlait, même beaucoup. Mais sa parole présentait un accent, un mode de prononciation particulier, qui ne saurait mieux être comparé qu'à celui des personnes en colère, qui parlent en serrant les arcades dentaires l'une contre l'autre. En même temps, la malade accusait une sensation douloureuse avec paroxysmes dans la région massétérine. Elle ne souffrait pas du cou, mais éprouvait une gêne légère pour tourner la tête. Toujours pas de température, 37° 5.

Diagnostic. — Tétanos.

Traitement. — 6 grammes de bromure de potassium à prendre dans la matinée.

2 heures après, le trismus était encore plus accusé que le matin, la nuque beaucoup plus raide.

Prescriptions : Chloral et lait, à prendre par cuillerées à café ce qui était difficile à cause du resserrement des mâchoires.

A 3 heures de l'après-midi, l'état continuant à s'aggra-

ver, je demandai une consultation, laissant espérer qu'après tout, je pouvais me tromper.

A 5 heures, consultation avec M. le docteur Gaucher, qui confirme le diagnostic. La bouche était fermée par les mâchoires appliquées violemment l'une contre l'autre. La figure, dans une sorte d'immobilité spéciale, les commissures tirées, la bouche formant saillie dans une sorte d'excavation, limitée par les buccinateurs et les masséters contracturés, la nuque raidie et formant une pièce rigide avec le tronc et la tête. La malade ne présentait pas de secousses visibles, elle en accusait dans la mâchoire, mais on ne les voyait pas. On en provoquait, lorsqu'on cherchait à étendre le bras, le biceps immédiatement se contracturait, fléchissant l'avant-bras à l'excès.

Prescriptions : quatre lavements de chloral de 2 grammes chacun, potion bromurée, bain de vapeur, lait par petites cuillerées à café par le nez ou par la bouche.

Ce traitement fut rigoureusement appliqué le 29 et le 30. Le 29, voulant avoir l'opinion d'un accoucheur, je fis voir M^{me} S... au docteur Berthod, qui porta lui aussi le diagnostic de tétanos. Pendant ces deux jours, la malade un peu prostrée par le traitement, se sentit soulagée. De temps en temps, elle accusait des secousses très légères dans la nuque, le ventre, les jambes, elle était alors en opisthotonos. Le pouls varia de 110 à 120, la température oscilla entre 36° 8 et 37° 8. Les urines examinées ne présentèrent rien d'anormal, si ce n'est des urates en excès.

Le 31, dans la nuit, la malade s'affaiblit de plus en plus. La prostration fut de plus en plus complète, quoique la dose de chloral eût été diminuée considérablement. La respira-

tion devint stertoreuse, et le 31, au matin, après une période de 8 heures à peu près d'un coma, coupé seulement par des crises convulsives, elle succomba à l'épuisement nerveux, à l'inanition, à l'encombrement bronchique.

L'avortement était-il provoqué ou spontané? D'après les renseignements que j'avais recueillis, d'après les réponses de la malade, qui, ayant eu déjà deux enfants, les avait perdus, je crus à un avortement spontané. Mais depuis, la sage-femme qui donnait ses soins à M^{me} S... fut arrêté comme avorteuse. En outre, les voisins me rapportèrent qu'elle ne désirait pas d'enfant, de sorte que le doute existe sur la spontanéité de cet avortement. Il est bon en outre de constater qu'il n'y avait pas d'autre cas de tétanos dans le quartier.

OBSERVATION III.

Observation communiquée par M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité de Paris.

R..., primipare, 21 ans, est accouchée spontanément de deux jumeaux vivants, du terme de sept mois trois semaines, le 19 septembre 1884. Elle a eu après son accouchement une hémorrhagie assez abondante, provenant d'une déchirure siégeant à la partie postéro-inférieure du vagin, occupant presque toute l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Plus

sieurs tampons d'agaric imbibés de sublimé furent appliqués sur cette plaie et l'hémorrhagie cessa.

Pendant les jours qui suivirent, l'état général de cette femme ne fut pas mauvais ; la température oscillait entre 37° et 38°. Le treizième jours, elle fut prise d'une céphalalgie intense et de trismus. Elle fut immédiatement transportée dans le service de médecine, où elle mourut le lendemain. Son tétanos s'était généralisé.

Pas d'antécédents.

OBSERVATION IV.

*Observation communiquée par M^{me} Henry, sage-femme
en chef de la Maternité de Paris.*

C..., primipare, 27 ans, célibataire, domestique, est entrée à la Maternité, le 2 novembre 1889, à midi, en travail. La rupture des membranes se fit à trois heures, et fut spontanée. Une heure après, l'accouchement se terminait. Le dixième jour, elle fut prise d'élévation de température et de trismus qui se généralisa. La mort eut lieu deux jours après.

Cette femme était domestique, chez un maraîcher, et s'occupait du jardinage.

OBSERVATION V.

*Observation du docteur Vinay (Lyon médical,
décembre 1891).*

Femme enceinte pour la quatrième fois, fait une fausse couche au deuxième mois de sa grossesse, les suites immédiates ne présentèrent rien de particulier, mais au bout de quelques jours, la malade ayant présenté des signes de septicémie, un médecin appelé près d'elle pratiqua le curettage. Trois jours après, la malade avait du trismus, puis les autres symptômes du tétanos apparurent et deux jours après la malade mourut.

OBSERVATION VI.

Clinique de M. le professeur Jaccoud. — (Rev. clin. hebdomadaire, 1886, 4).

Femme, 34 ans, entrée à la Pitié dans le service de la clinique pour un tétanos auquel elle a succombé au bout de cinq jours.

Cette femme était bien constituée et de bonne santé habi-

tuelle, quoique appartenant à une famille diathésique (son père et sa mère sont morts phthisiques, son mari est mort phthisique, et elle-même s'est mise à tousser depuis cette époque, enfin, elle a perdu depuis un enfant de méningite tuberculeuse).

Voici dans quelles conditions et à la suite de quelles circonstances s'est produite sa maladie. Devenue enceinte pour la quatrième fois ; grossesse régulière. A la suite d'émotions vives, fausse couche dont les suites immédiates furent simples (29 novembre). *Le cinquième jour*, dans la soirée, elle ouvrait la bouche avec difficulté ; le lendemain, impossibilité absolue d'ouvrir la bouche, raideur de la nuque, respiration avec effort musculaire. Entrée à l'hôpital 6 décembre, on lui donne du chloral. Le lendemain, trismus augmenté, pas de rigidité des muscles du cou, mais muscles sacro-lombaires et droits de l'abdomen contracturés, et ces derniers sont le siège de fortes douleurs. De 37°5 la température s'était élevée à 38°5. Muscles contracturés dans état de rigidité permanente et uniforme, mais aussi, par moments, spasmes avec maximum de contractures et de douleurs, au point de faire craindre ruptures. Dans les spasmes, la contracture s'étend à d'autres muscles.

Rien de particulier dans viscères. Aucun symptôme cérébral.

Pas de vomissement, rien de notable au cœur.

Médication chloralée continuée par bouche et en lavements jusqu'à 13 grammes.

Le lendemain 8 décembre, amélioration légère, chloral à doses croissantes. Le 9, température monte de 38° à 39°.

La contracture s'étend aux muscles du tronc et des membres inférieurs.

Le diaphragme fonctionne bien.

Mort, le 10.

OBSERVATION VII.

Collongues. — Observation recueillie dans le service de M. le docteur Millard.

Femme, 36 ans, entre 10 janvier 1875 à l'hôpital. Tempérament nerveux, attaques antérieures d'hystérie, troisième grossesse, avortement criminel au deuxième mois. Vives douleurs, pertes de sang nombreuses et abondantes ayant cessé quatre jours avant son entrée. (L'avortement avait eu lieu quinze jours avant la date de son entrée.)

Le jour, où cessent les pertes de sang, gêne de la déglutition, la mâchoire se resserre. Ces phénomènes augmentent les jours suivants, alors elle entre à l'hôpital.

A son entrée, trismus très marqué, cou raidi, flexion de la tête très difficile, extension encore possible.

Le 13 janvier. Les muscles des jambes semblent se contracturer, mais ces contractures ne persistent pas.

Le 14. Retour de la contracture des jambes, opisthotonos assez marqué, trismus, douleurs de tête, anesthésie géné-

rale, paroles incohérentes, douleurs subites le long des jambes, troubles de la vue.

Le 16. Mêmes contractures, pas de douleurs de tête.

Le 17. Les muscles du thorax se contracturent aussi.

Le 18. Rire sardonique très accentué, opisthotonos très marqué, la malade a recouvré la sensibilité.

Le 19. Diminution des contractures, mâchoires un peu écartées, grande amélioration.

Le 20. L'état est le même, les contractures gagnent le bras.

Le 24. Mort, avec tous les signes du tétanos et de la pneumonie.

OBSERVATION VIII.

*Observations du docteur Pitre-Aubonais, de Nantes. —
(Journ. de méd. et de chirurg., 1872).*

Femme, 30 ans, misérable, logement insalubre, premier accouchement assez difficile ; sept jours après son second, marche pieds nus et se refroidit, frissons immédiats, suppression des lochies, puis trismus, dysphagie, emprosthotonos ; 50 heures après, la contraction avait envahi tous les muscles du corps.

Mort à la suite de convulsions, sept jours après les premiers symptômes tétaniques.

OBSERVATION IX.

Femme, 20 ans, fièvre intermittente tierce, enceinte de sept mois, prise d'accès éclamptiques au stade de la chaleur. Après un dernier accès de fièvre, la malade a un dernier accès éclamptique, dix jours après la première attaque. Trois jours après, elle accouche d'un fœtus macéré. Tout allait bien. Cinq jours après l'accouchement, la femme se lève en sueurs, et boit un demi-litre d'eau très froide, trismus, raideur des muscles pectoraux, l'état spasmodique ne cessa que le quarantième jour, et la femme ne pût reprendre ses occupations que deux mois après.

OBSERVATION X.

Femme, 34 ans, multipare, refroidissement, suppression des lochies, qui reparaissent 48 heures après, en même temps que se montre du trismus et un peu d'emprosthotonos. Guérison.

OBSERVATION XI.

*Observation d'Alexandre Wood. (Thèse de Paris, 1878.
Collongues.)*

Femme, 36 ans. Six grossesses antérieures, règles supprimées depuis trois mois. Avortement le 16 novembre 1846. Le 17, le col est ouvert, des caillots volumineux sont expulsés. Le 23, raideur des mâchoires; dans la journée, muscles abdominaux deviennent rigides, les spasmes tétaniques se généralisent le soir et, malgré l'emploi de la térébenthine, du tabac, du chanvre indien, le mal continue à s'accroître. Mort dans la soirée du 26.

OBSERVATION XII.

Observation du docteur Malcolm. (Collongues, loco citato.)

Tétanos apparaît quatorze jours après la fausse couche, au moment où l'on croyait la malade hors de danger.

Mort en trois jours.

OBSERVATION XIII.

Observation de Simpson. (Collongues, loco citato.)

Femme, 40 ans. Sept grossesses antérieures. Au troisième mois de grossesse, pertes de sang, tamponnement. Le lendemain, contracture des mâchoires. Deux jours après, contracture tétanique des muscles du dos et de la nuque, douleurs aiguës dans les articulations temporo-maxillaires.

Du quatrième au cinquième jour, les spasmes tétaniques cessèrent. Dans le courant du sixième jour, contracture de presque tous les muscles, avec mouvements convulsifs.

Mort le septième jour.

OBSERVATION XIV.

Observation de Blachez (hôpital St-Antoine). 1874.

Femme, 43 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital le 20 mars 1874. Nerveuse, deux attaques d'hystérie. Accouche à terme le 8 mars, se lève quatre jours après.

Le 17 mars, gêne de la déglutition. Deux jours après, difficulté de fléchir la tête, contracture douloureuse de la nuque.

A son entrée à l'hôpital, dysphagie, trismus, opisthotonos. Le 22, douleurs très vives le long de la colonne vertébrale, trismus et opisthotonos moins marqués.

Le 23, trismus très marqué, dysphagie considérable, vives douleurs de la région épigastrique.

Le 24, convulsions toniques des bras et des jambes, de quatre à cinq secondes de durée.

Mort le 25.

OBSERVATION XV.

Observation du docteur Parrisis (Athènes), dans sa clientèle.

Femme, 38 ans. Six grossesses antérieures, dont les couches ont été fort heureuses. Enceinte de quatre mois, fut témoin d'une querelle de soldats le 11 juin 1873. Effrayée, elle perd connaissance et tombe. A la suite de cela, douleurs abdominales. Quarante-huit heures après, avortement. Ventre douloureux à la pression.

Le 22, trismus, douleurs des articulations temporo-maxillaires.

Le 23, opisthotonos. Les attouchements produisent des spasmes tétaniques.

Le 25, mort. Les muscles respiratoires s'étaient contractés,

OBSERVATION XVI.

Velpeau. Thèse de concours d'agrégation (1834).

Au commencement de 1834, à l'hôpital Cochin, se présente une jeune femme qui, peu de temps après une fausse couche, se trouve prise de trismus auquel on fit peu attention. L'idée vint même qu'elle se plaignait à tort et que son état n'était pas en rapport avec ses plaintes. Un changement de service qui eut lieu sur ces entrefaites la fit en quelque sorte oublier. Cependant, les mouvements convulsifs gagnèrent peu à peu, quoique lentement, toutes les autres parties du corps. On pratiqua plusieurs saignées, mais rien ne put arrêter la marche des accidents, et cette malheureuse est morte dans un état d'opisthotonos complet. Aucune lésion manifeste à l'autopsie.

OBSERVATION XVII.

Howland Holmes. Tétanos après avortement (Boston méd. and surg. journ., 1887 March, 3 p. 206.)

Femme grosse pour la sixième fois; les grossesses antérieures dont la dernière terminée il y a 13 mois, ont donné quatre enfants vivants et un avortement. La grossesse ac-

tuelle se termine par un avortement au quatrième mois. Expulsion du fœtus non accompagnée du placenta. Extrait d'ergot. Le lendemain, on trouve le placenta loin du col de l'utérus; injections intra-utérines; — amélioration. Au deuxième jour, expulsion d'un fragment du placenta, premiers symptômes du trismus sept jours après l'avortement. Au huitième jour, constatation de tétanos et de trismus, le sujet meurt le *dixième jour* après l'accouchement. L'autopsie ne donne rien.

OBSERVATION XVIII.

Boarman. Tétanos puerpéral. (Journ. of the Amér. méd. ass. 1887, octobre 22, p. 522).

Femme délivrée par embryotomie. Le lendemain de l'accouchement, on présentait au médecin dans la salle d'accouchement un homme affecté d'érysipèle de la face. On ne put isoler que très imparfaitement les deux malades. Aussi le lendemain, se déclarait une fièvre puerpérale, et au septième jour après l'accouchement, on constatait un tétanos bien caractérisé, accompagné de trismus, qui conduisit rapidement le sujet à la mort. Il y a lieu d'attribuer la fièvre puerpérale et le tétanos à la contamination de l'accouchée par le sujet affecté d'érysipèle.

OBSERVATION XIX.

Thomas C. Smith (Washington D. C.). Tétanos après avortement. (Americ. Journ. of obstetr. 1887, April, p. 337.)

Femme, 27 ans, secundipare, avorte au sixième mois (avortement criminel, ponction de l'œuf). Après l'expulsion du fœtus, la malade vaque à ses affaires. Délivrance quelques jours avant la première visite du médecin. Lochies fétides. A la deuxième visite, constatation du trismus et du tétanos, les mâchoires sont presque entièrement fermées, tête rejetée en arrière, violentes douleurs dans les reins, esprit lucide, pouls 160, température non prise. Utérus gros, n'accusant aucune douleur à la pression. Lochies séro-sanguinolentes et fétides. Mort le lendemain.

A l'autopsie, utérus gros, très rouge. Le ligament large du côté droit est fortement congestionné. Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés.

OBSERVATION XX.

Wiercinsky. — Cas de tétanos puerpéral.

Femme, âgée de 23 ans, a eu ses premières règles à 16 ans, et a éprouvé jadis d'après les indications de sa mère, quelques attaques d'épilepsie qui ne se sont plus reprodui-

tes. Bassin rétréci moyennement. Après un travail de quatre jours, et par suite de non dilatation du col, on applique le forceps, sur la tête qui se trouvait dans l'excavation. Déchirure de la fourchette recousue avec deux fils de soie. Les trois premiers jours, bon état. Au quatrième jour, spasmes du pharynx, et contractures des extenseurs de l'avant-bras. Aux cinquième et sixième jours, la malade ayant sa pleine conscience, est prise de trismus douloureux, de contractures des muscles fléchisseurs du cou, des reins, de crampes extrêmement douloureuses dans les extenseurs de l'avant-bras et du pied — enfin, opisthotonos. Pendant ces accès, la température monte jusqu'à 40° et retombe à 37° 3. Les deux jours suivants, presque pas de convulsions ; elles réapparaissent au neuvième jour, après qu'on eût porté la malade dans un bain ; du onzième au quinzième jour, l'état s'améliore. Le seizième, les convulsions reparaissent ; le dix-septième, mort, avec des apparences d'asphyxie et d'œdème du poumon. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXI.

K. Witthauer. — Sur deux cas observés de tétanos puerpéral (Inaug. Diss. Iena. 1889).

Dans le premier cas, on fut obligé par suite d'hémorrhagie d'extraire avec la main un fragment de placenta, de pratiquer un massage énergique de l'utérus, et enfin de faire la périnéoraphie. Au bout de huit jours, apparition des premiers symptômes tétaniques, suivis de mort dans l'espace de trois jours. L'autopsie fut comme dans tous les

cas analogues non satisfaisante et incapable d'expliquer la gravité des symptômes.

Dans le deuxième cas, cinq jours après une délivrance normale, apparurent des symptômes septiques (entre autres un œdème vulvaire), accompagnés de frissons. Ce n'est qu'au huitième jour qu'apparaît le tétanos qui persiste pendant trois jours, puis disparaît petit à petit avec les progrès de la guérison.

OBSERVATION XXII.

Wierzinski (journal d'accouchements et des maladies des femmes 1889, n° 6. Russie).

Femme primipare, 23 ans, accouchée au forceps, à cause du rétrécissement du bassin. Légère déchirure du périnée, périnéoraphie. Le lendemain, œdème du mont de Vénus. Au quatrième jour, apparaît le mal de tête, puis bientôt après, de la dysphagie; le lendemain, trismus; le surlendemain, les contractures se localisent dans les muscles des extrémités, puis opisthotonos. Dans l'urine, il y avait beaucoup de corpuscules purulents, très peu d'albumine; aucun cylindre. Les contractures deviennent peu à peu plus rares; l'état général de la malade s'améliore, lorsque subitement au seizième jour, après l'accouchement, à la suite d'une légère imprudence (essai de se lever), se déclare une violente attaque spasmodique suivie, au bout de neuf heures d'autres violentes convulsions qui amènent la mort. Pas d'autopsie.

CONCLUSIONS

1° Le tétanos puerpéral procède généralement de la plaie utérine, peut-être en certains cas des lésions vulvo-vaginales. Ce n'est donc qu'une variété de tétanos traumatique ;

2° Il est plus fréquent après l'avortement qu'après l'accouchement, chez les multipares que chez les primipares, à la campagne qu'à la ville, au printemps et à l'automne que dans les autres saisons ;

3° De nature microbienne, il est transmissible par contamination, et, par conséquent, justiciable de la méthode antiseptique ;

4° Les symptômes sont ceux du tétanos traumatique ;

5° Son anatomie pathologique est peu connue ;

6° Son diagnostic est facile ;

7° Son pronostic est très grave. Sa mortalité, 85 p. 100, est la plus élevée de toutes les variétés de tétanos ;

8° Son traitement doit être local et général.

Localement, on aura recours aux injections intra-utérines et vaginales chaudes ; le curettage nous semble légitime, et probablement serait utile.

Comme traitement général, on donnera le chloral à hautes doses, conjointement avec des injections sous-cutanées de morphine et des bains chauds ou de vapeur.

ACCEPTÉ

Pour la présidence,

J. TARNIER.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le vice-recteur

de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Blachez.** — Gazette hebdomadaire 1874.
- Boyd.** — Case of tetanus following aborting. Dublin Jour. of médic. scienc. 1874.
- Boarman.** — Journ. of the améric. méd. assoc. 1887, october 22.
- Collongues.** Du tétanos puerpéral. Thèse Paris, 1878.
- Delamotte et Charon.** — Revue analytique de la bactériologie du tétanos, 1892.
- Finotti.** — Revue scientifique, 12 mars 1872.
- Hervieux.** — Traité des maladies puerpérales, 1874.
- Howland Holmes.** — Boston médical and surgical journal, 1887 march 3.
- Jaccoud.** — Revue clinique hebdomadaire, Gazette des hôpitaux 1886, n° 4.
- Lardier.** — Sur le tétanos puerpéral, Thèse Paris. 1874.
- Macdonald.** — Edinburgh médic. journ. 1875. t. 240. Report and observation upon a case of puerpéral tétanos.
- Mathieu.** — Dictionn. encyclop. des sc. médic. 3^e série t. XVI, 1886, art. tétanos.
- Patterson.** — Glasgow médical journ. octobre 1876.
- Pitre Aubenais.** — Journ. de méd. et de chirurg. 1872.
- Poncet.** — Nouveau dictionn. chirurg. et méd. pratiq., t. XXXV, 1883, art. tétanos.

- Pacini.** — *Riforma medica*. 7 janv. 1892.
- Reclus.** — *Traité de chirurgie*, t. I.
- Rénon.** — *Annales Instit. Pasteur*, 25 Avril 1892.
- Richelot.** — *Pathogénie, marche et terminaison du tétanos traumatique*. Thèse d'agrégation de chirurgie, 1875.
- Simpson.** — *Contribution to obstetric pathology and practice*, 1854. *Clinique obstétricale et gynécologique*. Traduction Chantreuil, 1874.
- Curtis Smith.** — *Philadelph. med. and surgic. reporter*, 1873.
- Thomas Smith.** — *American journ. of obstetric*. 1887. April.
- Tarnier et Budin.** — *Traité de l'art des accouchements*, t. II.
- Tizzoni.** — *Riforma medica*, 1890.
- Trousseau.** — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. II.
- Velpeau.** — *Essai sur les convulsions puerpérales*, 1834.
- Vinay.** — *Lyon médical*. N^{os} 51 et 52. 1891.
- Verneuil.** — *Tétanos traumatique guéri par le chloral*. *C. rend. ac. sc.*, t. LXX, 1870.
- Wiltshire.** — *On tetanus after aborting*. *Transactions of the obstetr. society of London*, 1872.
- Wierzinski.** — *Journ. d'accouchements et des maladies des femmes*, 1889. N^o 6. Russie.
- Wilthauer.** — *Sur deux cas de tétanos puerpéral*. Inaug. dissert. Iéna, 1889.

